

保険者番号	4	2	3	0	7	9
-------	---	---	---	---	---	---

R5

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 西彼杵郡長与町長

申請日 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ												被保険者番号															
被保険者氏名												個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日												連絡先	()										
住所																											
※ショートステイを利用している場合は、記入不要です。																											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	住所												連絡先	()													
名称												入所(院)年月日	昭・平・令	年	月	日											
配偶者の有無	有・無 (無の場合は配偶者に関する事項は、記入不要です。)											個人番号															
フリガナ												市町村民税課税状況	課税・非課税														
氏名												生年月日	明・大・昭	年	月	日											
住所												連絡先	()														
本年の1月1日現在の住所	※上記と同じ場合は、記入不要です。																										

収入・預貯金等に関する申告 【 】内の該当するもの全てに☑してください	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者																																	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000万円(2000万円)以下																																
	受給している全ての年金の保険者【日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】																																		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が、 年額80万円以下 です。	650万円(1650万円)以下																																
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が、 年額80万円超120万円以下 です。	550万円(1550万円)以下																																	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が、 年額120万円を超え ます。	500万円(1500万円)以下																																	
預貯金額												有価証券 円(評価概算額)												その他 円(現金・負債を含む)											

申請者氏名												連絡先(自宅・勤務先)	()										
※本人の場合は、記入不要です。																							
申請者住所												本人との関係											

※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

<裏面も記入してください。>

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 65歳未満(第2号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下になります。**
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

保険者記入欄	生保	あり・なし	500万(1500万)以下・550万(1550万)以下		境界層	第1段階
	老福	あり・なし	650万(1650万)以下・1000万(2000万)以下		給付制限	第2段階
	・80万以下 ・80万超120万以下 ・120万超	1000万(2000万)超		通帳添付		同意書
		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			第3-②段階	
	非課税世帯・課税世帯	～		～	～	第4段階

同意書

(あて先)西彼杵郡長与町長

注意事項について了承し、誤りの無いように申請をいたしております。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名
